

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

LEYANIS NAPOLES REYNA

**INTERVENÇÃO EDUCATIVA EM PACIENTES HIPERTENSOS E DIABÉTICOS
UNIDADE BASICA DE SAÚDE NO MUNICÍPIO ARAÇAI-MINAS GERAIS**

SETE LAGOAS – MINAS GERAIS

2016

LEYANIS NAPOLES REYNA

**INTERVENÇÃO EDUCATIVA EM PACIENTES HIPERTENSOS E DIABÉTICOS NO
MUNICÍPIO ARAÇÁI-MINAS GERAIS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização Estratégia Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Profa. Edinalva Neves
Nascimento

SETE LAGOAS – MINAS GERAIS

2016

LEYANIS NAPOLES REYNA

**INTERVENÇÃO EDUCATIVA EM PACIENTES HIPERTENSOS E DIABÉTICOS NO
MUNICÍPIO ARAÇAI-MINAS GERAIS**

Banca examinadora

**Profa. Edinalva Neves Nascimento. Orientadora - Orientadora
Profa. Maria Marta Amancio Amorim - Examinadora**

Aprovado em Belo Horizonte, em 13 de junho de 2016

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a todos os pacientes sob meus cuidados.

AGRADECIMENTO

No presente trabalho quero fazer um humilde reconhecimento a todos àqueles homens e mulheres que contribuíram na minha formação profissional e humana no trajeto da minha vida, em especial:

O DEUS, fonte do bem, por me prover a suficiente sabedoria para chegar até este nível na minha vida, por conceder-me saúde para desfrutar de meus logros e consciência para diferenciar o mal do bem.

Aos meus pais pelo seu sacrifício, exemplo inegável, confiança, afeto, carinho, e apoio nos tempos difíceis.

Agradeço a minha Orientadora Professora Edinalva Neves Nascimento pela ajuda y dedicação.

Agradeço a todos aqueles que formaram parte de meu crescimento pessoal e profissional.

“Desenvolve força, coragem e paz interior demanda tempo. Não espere resultados rápidos e imediatos, sob o pretexto de que decidiu mudar. Cada ação que você executa permite que essa decisão se torne efetiva dentro de seu coração.” Dalai Lama

RESUMO

A alta incidência e prevalência das doenças crônicas não transmissíveis como Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus na Atenção Primária de Saúde constituem hoje atendimento prioritário para reduzir as morbimortalidade por tais doenças. É uma necessidade da atual proposta de intervenção na equipe da Estratégia Saúde da Família “Ação e Vida” no município Araçá/MG. Elaborar um projeto de intervenção para melhorar a adesão ao tratamento em pacientes diabéticos e hipertensos que apresentam alto risco de complicações no seu quadro clínico. Resultou prioridade de realizar este trabalho, e se relaciona com o fato de que na área de abrangência do município se encontraram cadastrados e diagnosticados um elevado número de pacientes hipertensos e diabéticos, com alto risco de terem complicações em seu quadro clínico. Pelo diagnóstico situacional de saúde foram selecionados os principais problemas que afetam nossa população e o fator que ressaltou em nosso trabalho foi à falta de adesão ao tratamento médico. Iniciou-se as leituras das bibliografias relacionadas com o tema para a elaboração do projeto de intervenção utilizando o Método do Planejamento Estratégico Situacional – PES. Segundo análise da Equipe de Saúde da Família é possível realizar ações educativas que possam solucionar essas dificuldades nos pacientes alvos que apresentam risco de complicações em seu quadro clínico. Na descrição e explicação do problema escolhido como “nós críticos” foram prioritariamente: processo de trabalho da equipe, orientações inadequadas e dificuldade de entendimento das orientações e prescrições por parte dos pacientes. Foi realizado um plano de ação para eliminar estes critérios escolhidos.

Palavras-chave: Hipertensão. Diabetes Mellitus. Estratégia Saúde da Família, Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

The high incidence and prevalence of non-transmissible chronic diseases such as Arterial Hypertension and Diabetes Mellitus in the Primary Health Care today constitute a priority in the medical assistance in order to reduce morbidity and mortality by these diseases; and it has become a necessity for our proposed intervention as part of the teamwork of Health Strategy and Action Family Life in the municipality Araçai / MG. Develop an intervention project to improve adherence to treatment in diabetic and hypertensive patients at high risk of complications in their clinical. The priority to develop this work arises from the fact that in the in the health care area there are many dispensarized and diagnosed patients with hypertension and diabetes with high risk of presenting complications. By means of the analysis of the health situation, we were able to find the main problems affecting our target population, and the issue that most called our attention was the poor response to medical treatment. After the study of bibliographies related to this topic, we began to develop the intervention project, using the Situational Strategic Planning (SSP) method. According to the study made by our team of Health for the Family, it is possible to create educational actions to find solutions for these issues in hypertensive and diabetic patients that present risks of complications in the course of their pathology. In the description and explanation of the problem, the most outstanding points were the team work process organization, inadequate guidance and inadequate understanding of the guidelines and prescriptions by the patients. Finally, we propose an action plan to eradicate these chosen criteria.

Keywords: Hypertension. Diabetes Mellitus. Family Health Strategy. Primary Health Care.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
DM	Diabetes Mellitus
DNCT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
EJA	Ensino a Jovens e Adultos
ESF	Estratégia de Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
MG	Minas Gerais
NASF	Núcleo de Assistência à da Família
PES	Planejamento Estratégico Situacional
PR	Paraná
PSF	Programa Saúde da Família
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPS	Organização Pan-americana da Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Distribuição da população por faixa etária e sexo.....	11
Quadro 2	Classificação de prioridades para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade da área de abrangência. 2014.....	23
Quadro 3	Operação para “nos críticos”	25
Quadro 4	Operação do Plano.....	26
Quadro 5	Elaboração do Plano de Ação	27

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	11
2	JUSTIFICATIVA.....	13
3	OBJETIVOS.....	14
4	PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	15
5	REVISÃO DA LITARATURA.....	17
6	PLANO DE AÇÃO.....	22
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	28
	REFERÊNCIAS.....	30

1 INTRODUÇÃO

Araçai é um município do estado de Minas Gerais com 2273 habitantes. É uma cidade com clima tropical e com estação seca. Ela pertence à mesorregião metropolitana de Belo Horizonte e microrregião de Sete Lagoas. Suas cidades vizinhas são Cordisburgo, Paraopeba, Jequitibá e Santana de Pirapemas. O Quadro 1(SIAB 2013) permite visualizar detalhadamente a distribuição populacional, observando-se uma comunidade predominantemente masculina e adulta (20 a 59 anos).

Quadro1 Distribuição da população por faixa etária e sexo

Faixa etária	População Total	Masculino	Feminino
< 1 ano	5	3	2
1 a 4 anos	89	53	35
5 a 9 anos	156	97	59
10 a 14 anos	189	83	103
15 a 19 anos	225	107	118
20 a 59 anos	1214	771	443
60 y mas	352	121	231
Total	2273	1235	1038

Fonte: Fichas A – Julho/2013.

A população economicamente ativa da área realiza atividades em uma fábrica de tecidos, além do comércio e agropecuária. Além disso, parte da renda da população é obtida com minhocuçu, plantações e beneficiamento de ardósia (SIAB 2013).

As condições de moradia das famílias rurais, de um modo geral, são satisfatórias. 98,4% das residências são de tijolo/adobe e 100% possuem energia elétrica (SIAB 2013).

Segundo os dados obtidos pela prefeitura do município o abastecimento público de água e rede de esgoto é possível em 100% das residências, as quais se localizam bem próximas do território urbano. Em 93,3% das casas há caixa de água e 6% delas permanecem destampadas.

A Unidade Saúde da Família “Maria Vicentina da Costa Souza” é constituída por cinco micro áreas que estão inseridas na própria cidade de Araçai. Há uma

pequena porção de área rural, cuja comunidade possui uma única e pequena unidade de saúde, a qual oferece cuidado à população adstrita.

Na Unidade Básica da Saúde (UBS) encontra-se inserida a Equipe de Saúde da Família “Ação e Vida” e agora se encontra localizada no centro da cidade. Está instalada em uma sede própria e funciona de segunda a sexta de 7 horas a 17 horas. A unidade conta, também, com uma unidade da Farmácia Popular de Minas Gerais.

Tratando-se de recursos humanos, a Unidade de Saúde conta com 51 profissionais. Todos os profissionais da ES, têm jornada de trabalho de 40 horas semanais com uma hora de almoço.

A Estratégia Saúde da Família (ESF) situa-se na própria UBS apoiada por um Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) que oferece atenção de alta qualidade a seus habitantes. Utiliza-se também o sistema de referência e contra-referência para articular os níveis de atenção à saúde. O município conta também com o serviço de atenção médica de especialidades básicas como, Pediatria, Ginecologia, Cardiologia e Geriatria; além de escola, igreja, via de recreação, pequenos bares e restaurantes em sua área de abrangência. Destaca-se que as escolas acolhem alunos de outras regiões e o transporte é realizado pela prefeitura.

Segundo os dados do SIAB 2013, no território há 748 famílias cadastradas, sendo que 94% apresentam boas condições de higiene domiciliar. Segundo o grau de risco 100% das famílias recebem água tratada em seu domicílio. Das famílias cadastradas, 83 possuem chefe analfabeto e um total de 1,27% das famílias declaram renda familiar de um salário mínimo e são beneficiadas pela Bolsa Família.

Entre as pessoas cadastradas na Unidade Saúde da Família “Maria Vicentina da Costa Souza” 33,4% possuem plano de saúde, e 71,9% procuram preferencialmente a UBS em caso de doença.

O acesso dos usuários unidade ocorre, em sua maioria, através de transporte coletivo urbano oferecido pela prefeitura (SIAB 2013).

2 JUSTIFICATIVA

As doenças crônico-degenerativas apresentam uma evolução mais alta no novo século, e são múltiplos os estudos realizados para garantir cuidados adequados e de alta qualidade para aqueles que sofrem e padecem doenças como a Hipertensão Arterial e o Diabetes Mellitus (DM). O número é cada dia maior aumentando-se proporcionalmente os casos, a falta de conhecimento e também os riscos de apresentar complicações .(BRASILIA 2001)

A necessidade de realizar este trabalho se relaciona com o fato que na área de abrangência do município se encontram cadastrados e diagnosticados muitos pacientes hipertensos, diabéticos e com outras doenças crônicas. Esses pacientes correm o risco de terem complicações em seu quadro clínico sendo à falta de adesão ao tratamento médico o fator mais relevante na nossa pesquisa.

Infelizmente a equipe não trabalha com a estratificação de risco, e, não existe um adequado acompanhamento aos casos já conhecidos. Segundo análise da Equipe de Saúde da Família, é possível realizar ações educativas que podem solucionar essas dificuldades.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Elaborar um projeto de intervenção para melhorar a adesão ao tratamento em pacientes diabéticos e hipertensos que apresentam alto risco de complicações no seu quadro clínico.

3.1.1 Objetivos específicos

Propor ações efetivas para melhorar o uso adequado das prescrições médicas.

Executar ações educativas para ampliar os conhecimentos da equipe e nossos pacientes sobre suas patologias e complicações.

4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Este trabalho é feito baseado na problemática encontrada em consultas e visitas domiciliares e no acompanhamento e cuidado das DCNT na Equipe Ação e Vida no Município Araçai-MG. O problema que mais ressaltou foi a falta de adesão ao tratamento médico em nossos pacientes alvos. Encontrando-se um elevado número de pacientes idosos com diagnóstico de HAS e DM.

Para iniciar com nossa proposta de intervenção foi preciso o levantamento dos dados através do Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB), do Hiperdia e das agendas de trabalho dos profissionais da equipe toda.

A agenda de trabalho de cada profissional oferece informações que são de grande importância. Por meio das demandas e nas consultas agendadas percebemos o quanto nossos pacientes estavam fora do controle e acompanhamento adequado. Pelo SIAB, que é alimentado e atualizado mensalmente pelos ACS e nas reuniões de Hiperdia constatamos o desconhecimento da população em geral acerca das suas doenças e as consequências do mau tratamento,

Os ACS) ofereceram informações valiosas relacionadas com a não resposta ao tratamento médico e levantaram se dados recolhidos das anotações nas agendas de trabalho diárias dos mesmos, com registros de ocorrência que no início pareceram irrelevantes. Diante das anotações das leituras de avaliações de pressão arterial e da glicemia nas folhas do enfermeiro e os descobrimentos feito pelo médico de assistência no município, foi iniciado o nosso estudo e proposta de intervenção.

Sem percepção de risco da equipe toda foi preciso a preparação de todos os membros da ESF e iniciada uma revisão de literatura relacionada com o tema. Foram realizadas múltiplas leituras, selecionando aqueles que se identificaram com o nosso objetivo proposto no trabalho. A revisão da literatura foi realizada na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), *Scientific Electronic Library on Line* (SCIELO), Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Biblioteca Virtual do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva(NESCON). Na busca de artigos científicos publicados nos sites citados, foram utilizados os

descritores, hipertensão, diabetes mellitus, estratégia saúde da família, atenção primária à saúde.

Os resultados da revisão e o projeto de intervenção foram apresentados à equipe.

O plano de ação foi denominado aqui de projeto de intervenção, construído com base no Plano Estratégico Situacional (PES), estudado no Módulo de Planejamento e Ações de Saúde, da autoria CAMPOS, FARIA E SANTOS (2010) na Unidade Didática I

5 REVISÃO DA LITARATURA

A definição de saúde desde a antiguidade possui múltiplas implicações legais econômicas e sociais dos estados de saúde e doença. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 1978 apud CARNEIRO, 2012): “Saúde - estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doenças ou enfermidade - é um direito fundamental, e a consecução do mais alto nível de saúde é a mais importante meta social mundial, cuja realização requer a ação de muitos outros setores sociais e econômicos, além do setor saúde” (OMS, 1976).

No Brasil, a atenção à saúde sofreu profundas transformações no século XX, especialmente na década de noventa com a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) e com a expansão da assistência médica suplementar. Desde a década de setenta, todavia, alguns estudos (MELLO, 1977; BRAGA; GOES DE PAULA, 1978; CORDEIRO, 1984) apontavam para a crise do setor quando a atenção à saúde encontrava-se subordinada a um sistema de serviços de saúde que se caracterizava pela insuficiência, descoordenação, má distribuição, ineficiência e ineficácia (BRASIL, 1975). A medicina liberal transformava-se em medicina tecnológica (SCHRAIBER, 1997), incorporavam-se equipamentos de alta densidade de capital nos serviços médico-hospitalares e os custos crescentes da atenção impunham organizações complexas para a sua gestão.

Modelos de atenção, modelos assistenciais ou modos de intervenção em saúde podem ser definidos como combinações tecnológicas estruturadas em função de problemas de saúde (danos e riscos) que compõem o perfil epidemiológico de uma dada população e que expressam necessidades sociais de saúde historicamente definidas. Durante a 11ª Conferência Nacional de Saúde foram discutidos os limites dos modelos de atenção à saúde vigente no Brasil e certas experiências em busca da concretização dos princípios e diretrizes do SUS com destaque para as seguintes propostas alternativas: ações programáticas de saúde, acolhimento, vigilância da saúde, cidades saudáveis e promoção da saúde (CUNHA, 2002).

As DCNT representam um dos principais desafios de saúde para o desenvolvimento global nas próximas décadas. Ameaçam a qualidade de vida de incontáveis milhões de pessoas e apresentam grande impacto econômico para os

países, em especial os de baixa e média renda. Diante deste cenário a Organização Mundial da Saúde (OMS) propôs aos países membros compromissos para a redução das taxas de morbimortalidade por DCNT (BRASIL, 2006 , p.14).

No Brasil são cerca de 17 milhões de portadores de HAS 35% da população de 40 anos e mais. E esse número é crescente; seu aparecimento está cada vez mais precoce e estima-se que cerca de 4% das crianças e adolescentes também sejam portadoras. A carga de doenças representada pela morbimortalidade devida à doença é muito alta e por tudo isso a HAS é um problema grave de saúde pública no Brasil e no mundo, considerando-se a mais freqüente das doenças cardiovasculares. É também o principal fator de risco para as complicações mais comuns como acidente vascular cerebral e infarto agudo do miocárdio, além da doença renal crônica terminal (BRASIL, 2006).

Por ser na maior parte do seu curso assintomática, seu diagnóstico e tratamento é freqüentemente negligenciado, somando-se a isso a baixa adesão, por parte do paciente, ao tratamento prescrito. Estes são os principais fatores que determinam um controle muito baixo da HAS aos níveis considerados normais em todo o mundo, a despeito dos diversos protocolos e recomendações existentes e maiores acesso a medicamentos (BRASIL, 2007).

O DM configura-se hoje como uma epidemia mundial, traduzindo se em grande desafio para os sistemas de saúde de todo o mundo. O envelhecimento da população, a urbanização crescente e a adoção de estilos de vida poucos saudáveis, como sedentarismo, dieta inadequada e obesidade são os grandes responsáveis pelo aumento da incidência e prevalência do DM em todo o mundo. Segundo estimativas da OMS o número de portadores da doença em todo o mundo era de 177 milhões em 2000, com expectativa de alcançar 350 milhões de pessoas em 2025. No Brasil são cerca de seis milhões de portadores, a números de hoje, e deve aumentar. Um indicador macroeconômico a ser considerado é que o DM cresce mais rapidamente em países pobres e em desenvolvimento e isso impacta de forma muito negativa devido à morbimortalidade precoce que atinge pessoas ainda em plena vida produtiva, exonera a previdência social e contribui para a continuidade do ciclo vicioso da pobreza e da exclusão social (BRASIL, 2007.p. 7)

No Brasil, o DM junto com a HAS é responsável pela primeira causa de mortalidade e de hospitalizações, e representa ainda 62,1% dos diagnósticos primários em pacientes com insuficiência renal crônica submetido à diálise. É

importante observar que já existem informações e evidências científicas suficientes para prevenir e/ou retardar o aparecimento do DM e de suas complicações e que pessoas e comunidades progressivamente têm acesso a esses cuidados. Neste contexto, é imperativo que os governos orientem seus sistemas de saúde para lidar com os problemas educativos, de comportamento, nutricionais e de assistência que estão impulsionando a epidemia de DM sobretudo no sentido de reduzir a iniquidade de acesso a serviços de qualidade. Por sua vez, o Ministério da Saúde implementa diversas estratégias de saúde pública, economicamente eficazes, para prevenir o DM e suas complicações, por meio do cuidado integral a esse agravo de forma resolutiva e com qualidade (BRASIL b, 2006).

A realidade mostra-nos números desfavoráveis. São quatro milhões de mortes por ano relativas ao DM, HAS e suas complicações. Ocorre grande impacto econômico nos serviços de saúde como consequência dos custos para tratamento da doença e suas complicações, como doença cardiovascular, diálise por insuficiência renal crônica e cirurgias para amputação de membros inferiores. Ocorre também considerável impacto social com a redução da expectativa e da qualidade de vida dessas pessoas (BRASIL, 2006; ARRUDA e SILVA, 2012).

Segundo Cazarini *et al.* (2002) as complicações clínicas estão diretamente relacionadas ao grau de controle do tratamento. Desta forma, pacientes com um bom controle das doenças apresentam menor incidência de complicações em relação àquelas com a doença mal controlada. Assim, o objetivo do tratamento visa melhorar os sintomas relacionados à hiperglicemia e hipertensão, controlar complicações agudas, prevenir ou retardar o aparecimento de complicações crônicas e melhorar a qualidade de vida, reduzindo a mortalidade e comorbidade. (NESCON, 2014).

Carrara (2003) realizou diagnóstico dos hipertensos e diabéticos do Programa de Saúde da Família do Mandaguaçu-PR, para identificar fatores que interferem na adesão ao tratamento. Percebeu que havia abandono e resistência ao tratamento, tão logo obtidas melhoras do quadro anterior. Além disso, verificou que a troca constante das embalagens, da cor e formato das medicações, a faixa etária elevada dos usuários, alto índice de analfabetismo e o baixo nível socioeconômico também intervinham na adesão ao tratamento e controle da doença.

Visando um acompanhamento constante, e devido ao aumento dos agravos em pacientes portadores de doenças cardiovasculares, foi criado no 2002, um Plano

de Reorganização da Atenção á HAS e DM, denominado Hiperdia. Este programa objetiva atacar a fundo estes agravos, estabelecendo metas e diretrizes para ampliar ações de prevenção, diagnóstico, tratamento e controle dessas patologias, através da organização do trabalho de atenção á saúde das unidades da rede básica dos Serviços de Saúde (BRASIL, 2002).

Aliado a esses programas específicos, o sistema de saúde brasileiro propõe de maneira global, a assistência integral e humanizada, voltada não somente para o controle das doenças, mas também para a promoção da saúde e da cidadania das pessoas. Contudo, pouco se sabe a respeito de quanto ou de como esses avanços na legislação e nas políticas públicas vêm se efetivando na prática de modo a desenvolver a atenção em saúde de qualidade, que considere a pessoa em sua integralidade e em contextos específicos (ARRUDA; SILVA, 2012).

É preciso ter em mente que os profissionais da rede básica desenvolvem um importante papel nas estratégias de controle de ambas as doenças na definição do diagnóstico clínico e da conduta terapêutica e nos esforços requeridos para educar e informar os pacientes além de fazê-lo a continuar com as orientações medicas.

Ressalta-se que a comunicação adequada entre equipe de saúde e usuários é essencial. E dessa forma a responsabilidade do tratamento é dividida entre médico e paciente. Não basta, por exemplo, simplesmente prescrever em determinado tratamento e esperara que o paciente “educado” o siga. O médico e toda a equipe de saúde terão mais uma atribuição: a arte da comunicação, pois esta será fundamental no caminho para o sucesso terapêutico, no que diz ao respeito a toda sua complexidade, tanto individual como coletivamente (MANFROI; OLIVEIRA 2006).

Silva *et al* (2006, p. 298), afirmam que “a doença não tem cura, mas que pode ser controlada, desde que sejam efetuadas mudanças no seu cotidiano, com adaptações de rotina, inclusão de novos hábitos, em fim as pessoas precisam ter limites e novas obrigações”.

Entretanto segundo a sexta Diretriz Brasileira de Hipertensão (2010) observou-se que a adesão a práticas preventivas pelos profissionais de saúde e pelos pacientes é ainda insatisfatória, acarretando além daqueles esperados com base no conhecimento científico vigente. Médicos e pacientes resistem em aderir às

diretrizes clínicas tanto no tratamento medicamentoso quanto nas recomendações de mudanças de estilo de vida.

Por tanto, o controle pressórico e glicêmico dos pacientes com HAS e DM deve ser uma prioridade na Atenção Primária de Saúde, através de boa comunicação entre equipe e pacientes, o diagnóstico precoce, a educação em saúde e adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso.

6 PLANO DE AÇÃO

A ESF “Ação e Vida”, está constituída por 1 médico, 1 enfermeiro, 2 auxiliares de enfermagem, 6 ACS, 1 odontólogo e 1 assistente de odontologia, oferece assistência a 2273 pacientes, com 748 famílias. A equipe conta com o apoio do NASF formada por psicólogo, nutricionista, fisioterapeuta, fonoaudiólogo e terapeuta ocupacional.

Neste contexto foram identificados alguns problemas e proposto um plano de ação, assim descreve-se as principais etapas do diagnostico situacional, das necessidades das mudanças acompanhamento dos nossos pacientes. Para sua realização uso-se o método “Planejamento e avaliação das ações em saúde” (NESCON, 2010).

6.1 Primeiro passo: Identificação dos problemas

Percebe-se que existem pontos que devem ser melhorados na UBS, tanto estruturalmente, como em relação à abordagem dos problemas de saúde mais prevalentes na população. Mediante a utilização do método estimativa rápida e após reunião com a equipe foram identificados os seguintes problemas, sendo considerados de difícil manejo.

- 1) Falta de capacitação dos ACS em relação ao acolhimento e resolução de problemas;
- 2) Alta incidência de DCNT, sem levantamento epidemiológico das complicações das doenças e idades de risco;
- 3) Falta de adesão da população ao tratamento das DCNT, especialmente idosos hipertensos e diabéticos;
- 4) Elevado número de obesos com propensão ao sedentarismo;
- 5) Uso indiscriminado de antidepressivos e ansiolíticos;
- 6) Alta incidência de alcoolismo e tabagismo.

6.1.1 Segundo passo: Priorização dos problemas

Definidos os problemas foram priorizados para intervenção pela ESF “ Ação e Vida”. No Quadro 2 mostrassem os problemas identificados pela equipe assim como a importância em uma escala de valores de 1- 6, e ressaltou-se o nosso principal problema entre a população alvo a não adesão ao tratamento médico.

Quadro 2- Classificação de prioridades para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade da área de abrangência. 2014

Principais Problemas	Importância	Seleção
Uso indiscriminado de antidepressivos e ansiolíticos	Alta	6
Alta incidência de alcoolismo e tabagismo	Alta	5
Falta de capacitação dos agentes comunitários de saúde	Alta	4
Elevado número de obesos e sedentarismo	Alta	3
Alta incidência de doenças crônicas não transmissíveis	Alta	2
Falta de adesão da população ao tratamento das doenças crônicas	Alta	1

Fonte: Autoria própria (2014)

6.1.1.1 Descrição do problema selecionado

Para a classificação das prioridades levaram-se em conta a importância, a urgência e a capacidade de enfrentamento da equipe, frente aos problemas ficando selecionado em primeiro lugar **Falta de adesão ao tratamento nas DCNT, HAS e DM**, pois existe na área um número elevado de pessoas afetadas por esta morbidade, hipertensos e diabéticos encontrando-se fundamentalmente dentre nossos pacientes idosos, dificultando mais o manejo deles.

No tema que escolhemos para ser abordado e as questões que levantamos mais relevantes para justificar esse desajuste é o fato que entre hipertensos e diabéticos cadastrados, encontram-se, principalmente na população envelhecida da comunidade.

Correspondendo a 965 pacientes de mais de 45 anos da população em geral são idosos, dificultando assim a adesão ao tratamento, pois estes apresentam

dificuldade para memorizar os horários ou até mesmo lembrar dos remédios e a leitura das recitas médicas.

As causas da não adesão ao tratamento entre este grupo etário devem-se, em primeiro lugar como anteriormente foi explicado que a maior parte deles são idosos, o que dificulta o entendimento da orientação e prescrição das orientações médicas, também pode se descobrir que em muitas ocasiões os profissionais da saúde não são suficientemente explícitos na suas orientações, tendo presente que estão tratando com população com nível educacional baixo, e os profissionais usam linguagem inadequada para eles, outro fato são as receitas com letra ilegível e a dificuldade para eles ler, porém o processo de trabalho da equipe evidencia o não cumprimento dos protocolos estabelecidos pelo Ministério da Saúde.

Outra dificuldade encontrada está no seguimento das orientações feitas pelo médico, a maior parte deles moram sozinhos e carecem de pessoal que execute as mesmas.

Uso excessivo de medicamentos, devido ao não seguimento e controle adequado, já que os pacientes são atendidos principalmente nas consultas de demanda espontânea, o que favorece o escasso controle médico.

Dietas inadequadas, fora de o padrão alimentar da população doente.

Dificuldade de controle dos níveis de pressão e glicemia, aumentando os danos em outros órgãos e sistemas, dificultando ainda mais o controle das suas doenças, aumento de internações, invalidez e óbitos e aumento da demanda e gastos para o sistema de saúde e previdenciário.

Na descrição e explicação do problema escolhido a equipe selecionou como “nós críticos” as seguintes situações relacionadas:

- ❖ Processo de trabalho da equipe. Inadequado acompanhamento e seguimento das orientações aos pacientes, quanto ao estilo de vida e uso adequado das medicações.

- ❖ Orientações inadequadas. Consulta médica sem percepção do risco, porém poucas atividades educativas sem utilização do método clínico.

- ❖ Prescrições ilegíveis, na maioria das vezes não eram feitas pelo médico, porém não recebiam as informações integrais de tratamento medicamentoso e não medicamentoso.

- ❖ Dificuldade de entendimento das orientações e prescrições, por parte dos pacientes devido a idade avançada dos pacientes

❖ Baixa escolaridade e analfabetismo do paciente, porém baixa motivação para autocuidado e/o falta de cuidadoras, além do desconhecimento dos agravos.

❖ Poli medicamentação. Não se cumprem os protocolos publicados pelo Ministério de Saúde (BRASIL, 2006, 2007).

Por exemplo: elevado número de fumantes, sedentarismo, inadequados hábitos alimentares, falta de conhecimento de como se prevenir e controlar a doença, a inacessibilidade de muitos pacientes ao posto de saúde, assim como inadequada organização da equipe para acompanhamento desses pacientes.

Quadro 3 Operação para “nos críticos” do problema: Falta de adesão ao tratamento nas DCNT, HAS e DM.

Nó crítico	Operação	Resultados Desejados	Produtos	Recursos necessários
Processo de trabalho da equipe	Educação Permanente em Saúde	Hipertensos e Diabéticos mais informados sobre as suas doenças	Melhora nos níveis cognoscitivos da equipe para o manejo dos pacientes	Cognitivo, conhecimento sobre estratégias de comunicação
Falta de orientação	Educação Popular em Saúde	Pacientes informados, responsabilizados e compensados com melhor estilo de vida	Melhorar o nível de informação dos pacientes e diminuição do risco de complicações	Organização das agendas de trabalho: parceria com o paciente e o ACS
Dificuldade de entendimento das orientações e prescrições por parte dos pacientes	Educação Popular em Saúde	Melhor compreensão do tratamento e orientações médica, aumento o grau de instrução dos pacientes e da equipe	Avaliação periódica e controle nas consultas planejadas, profissionais mais comprometidos com o processo de saúde, educação em saúde através de conversas, uso de imagens	Cognitivo, conhecimento acumulado pelos nossos profissionais.
Baixa escolaridade e analfabetismo do paciente	Educação de Jovens e Adultos (EJA)	Avaliação do nível de entendimento de pacientes e cuidadores,	Pacientes estimulados a aprender a ler e escrever a através do EJA,	Cognitivo, Parceria com o EJA (Ensino de Jovens e Adultos). Parceria

		explicando direito as particularidades para cada paciente das complicações, sintomas,	Hipertensos e diabéticos mais informados e controlados	intersetorial com a Secretaria da Educação.
Falta de cuidadores	Formação de cuidadores e de auto-cuidado	Pacientes estimulados e responsáveis pelo auto cuidado cuidadoras em ação Controle do paciente, em sua maioria são idosos moram sozinhos	Capacitação de pessoal para melhor cumprimento das orientações médicas tanto medicamentosas como não medicamentosas	Político, articulação intersetorial, Parceria com o CRAS
Hábitos e estilos de vida inadequados	Educação Popular por meio do Programa “Viver Melhor”	Diminuir os riscos da população alvo, ter mais saúde modificando estilos.	Programas de campanha em os médios de difusão, os grupos operativos, as consultas de maior qualidade.	Parceria com o NASF

Fonte: Autoria própria (2014)

Quadro 4- Operação do Plano. Recursos críticos para o desenvolvimento da operação do problema em HAS e DM.

Projeto	Recursos críticos	Controle dos recursos críticos		Ação estratégica
		Ator que controla	Motivação	
Educação Permanente e Popular Melhorar os níveis cognoscitivos	Político, intersetoralidade com educação.	Secretaria da Saúde, incluindo Coordenador da ESF.	Favorável	Apresentar projeto
Projeto “Saber mais” Melhorar o nível de informação	Político, articulação intersetorial	Secretaria de Saúde e Secretaria Educação	Favorável	Apresentar projeto
Projeto “Cuidar melhor” Promover profissionais mais	Político, decisão de aumentar os recursos para	Prefeito, Secretaria de Saúde, Coordenador	Favorável	Apresentar projeto

comprometidos	estruturar o serviço	da ESF		
Linha de Cuidado explicando direito as particularidades para cada paciente	Financeiro: recursos necessários para a Político: articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais	Secretaria da Saúde	Favorável	Apresentar projeto

Fonte: Autoria própria (2014)

Quadro 5-Operação do Plano de Ação. Cronograma de execução do Plano Operativo para o ano 2016

OPERAÇÕES	RESPONSÁVEL	PRAZO
Educação Permanente em Saúde	Médica e enfermeira da ESF	Início em um ou dois meses
Educação Popular em Saúde	ESF e NASF	Imediato
Educação Popular em Saúde	ESF e NASF	Imediato
Educação de Jovens e Adultos (EJA)	ESF e Secretaria municipal de Saúde	Imediato
Formação de cuidadores e de auto-cuidado	ESF e CRASS	Realização em um ou três meses
Educação Popular por meio do Programa "Viver Melhor"	Médica e enfermeira da ESF	Imediato

Fonte: Autoria própria (2014)

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

No ano 2005 a Organização Pan-americana da Saúde divulgou o documento “Renovação da Atenção Primária de Saúde nas Américas”, no qual se define a necessidade de alcançar a atenção universal e abarcadora mediante a realização de uma abordagem integrada e horizontal para o desenvolvimento dos sistemas de saúde com cuidados orientados à qualidade, enfatizando-se na promoção e prevenção, na intersetorialidade, a participação social e a responsabilidade dos governos. Não entanto, sua implementação depende da adesão dos governos nacionais na tradução dos princípios enunciados em práticas concretas em todos os países.

A HAS e DM são doenças que apresentam uma alta prevalência e baixo controle na Atenção Básica de Saúde conforme se observou no diagnóstico situacional da população alvo da equipe Ação e Vida do município Araçáí. Muitos deles não compreendem a hipertensão e o DM como doenças e sim como um fator isolado, que uma vez esteja controlada, não precisam da medicação contínua, pois é necessário informar e instruir nossos pacientes.

O município possui uma equipe de saúde completa e com muito desejo de trabalhar para garantir saúde e vida da população adstrita, oferecendo atenção médica de qualidade, atendendo toda demanda da área.

Este projeto de intervenção foi criado com o objetivo de melhorar o cuidado com estes pacientes, e como consequência, reduzir os custos gerados pelas complicações dessas morbidades, assim como garantir a qualidade de vida dos nossos doentes aumentando a expectativa de vida no país. É totalmente aplicável desde que o paciente aceite seu diagnóstico e coopere com o tratamento, sem abandoná-lo ao primeiro sinal de melhora. Cabe a equipe multidisciplinar orientar o paciente adequadamente e conduzir o tratamento de forma a certificar-se de que o paciente esta seguindo todas as orientações.

Podemos afirmar que foi um trabalho enriquecedor e prazeroso identificar a problemática da área de abrangência e intervir promovendo e prevendo saúde e hábitos de vida saudável para o controle de ambas as doenças, uma vez que ditas ações de saúde reduzem a morbimortalidade por DCNT, fortalecendo o trabalho em equipe.

Nossa equipe tem tido muito êxito ao implementar palestras e dinâmicas educativas nas reuniões de HIPERDIA e realizando as consultas médicas com cuidado continuado e o acompanhamento dos níveis de pressão e glicemia pelas nossas auxiliares de enfermagem, estabelecidas nos Cadernos de atenção básica no. 15 e 16 publicados pelo Ministério de Saúde. Somente resta manter os resultados até agora obtidos no desenvolvimento permanente do projeto de intervenção.

8 REFERÊNCIAS

ARRUDA, C., SILVA. VIEIRA, D. M. G. Acolhimento e vínculo na humanização do cuidado de enfermagem às pessoas com diabetes mellitus. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 65, n. 5, p.1-2, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Hiperdia – Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos – Manual de Operação**. Rio de Janeiro. 2002. Disponível em: http://WWW.saude.sp.gov.br/resources/sés/perfil/gestor/homepage/auditoria/manuais/manual-hiperdia_1.5_m_02.pdf Acesso em abril 2016

BRASIL. Ministerio da Saúde. **Hipertensão Arterial Sistêmica- HAS e Diabetes Mellitus-DM PROTOCOLO**. Cadernos de Atenção Básica no 7. Brasília, DF . 2001

BRASIL. Ministério da Saúde. **Hipertensão Arterial Sistêmica**. Cadernos de Atenção Básica no.15. Brasília, DF. 2006 a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diabetes Mellitus**. Cadernos de Atenção Básica no. 16. Brasília. DF. 2006 b.

CAMPOS, F.C.C.; FARIA, H.P.; SANTOS, M. A. Planejamento e avaliação das ações em saúde. – 2ª ed. – Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2010. 114p. Disponível em: http://xa.yimg.com/kq/groups/20794875/906456230/name/Planejamento%20e%20Avaliacao%20das%20Acoes%20em%20Saude_NESCON.pdf. Acesso em 12/07/2014.

CARRARA, K. M. **Fatores que interferem na estratégia de educação á saúde para o usuário portador de hipertensão arterial e diabetes**. 2003. Dissertações (pós-graduação). Escola Pública do Paraná. Mandaguaçu. 2003

CARNEIRO V. LUCIA AMARAL. **Saúde- Processo Doença**. Curso de Especialização em Saúde da Família, 2012. Disponível em: http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/modulo_politico_gestor/Unidade_6.pdf, acesso em abril, 2016.

CASTRO, A. J. R., SHIMAZAKI, M. E. **Protocolos clínicos para unidades básicas de saúde**. Belo Horizonte/Minas Gerais: Ed Gutenberg, 2006.240 p

Coelho, M.S.C; Silva, A.R.V. Estratégias **para aumentar a Adesão do Autocuidado dos portadores de Diabetes Mellitus na UBASF Caetanos** (Beriberibe- CE) Fortaleza 2009. 23p.

CUNHA, J.T. **“Bioética Breve. Apelação, PT: Paulus”**, 2002. 135p.

FARIA, Horácio Pereira de; SANTOS, Max André dos Planejamento e avaliação das ações em saúde. NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família2ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. 110p.

GIROTTO, E. et al. Adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico e fatores associados na atenção primária da hipertensão arterial. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.18, n. 6, p.1763-1772, 2013.

GIORGI, D. M. A. Estratégias para melhorar a adesão ao tratamento anti-hipertensivo. **Revista Brasileira de Hipertensão**, v. 13, n. 1 p. 47-50, 2006.

IBGE-Instituto Brasileiro de Geografia e Estadística. Cidades. Minas Gerais. Araçaí. Disponível em://<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/painel/painel.php?codmun=314800> Acesso em maio 2015

MATUS, C. Fundamentos da planificação situacional. In: RIVERA, F.J.U. (Org.). **Planejamento e programação em saúde: um enfoque estratégico**. São Paulo: Cortez, 1989. p.105-176.

MINISTERIO DA SAÚDE. **Sistema de Informação da Atenção Básica**. SIAB, 2014. Disponível em: <www.censo2010.ibge.gov.br> Acesso agosto de 2014.

MORETTI, Isabella. **Regras da ABNT para TCC: conheça as principais normas**”. 2014. Disponível em: <<http://viacarreira.com/regras-da-abnt-para-tcc-conheca-principais-normas>>. Acesso em: 15/05/2016.

PLACERES Hernández JF, Martínez Abreu J. El Programa del Médico y la Enfermera de la Familia a treinta años de su inicio. **Revista Médica Electrónica**, v. 36, n. 2, 2014.

PREFEITURA MUNICIPAL DE ARAÇÁÍ. Sistema de informação da Atenção Básica. Relatório situação de saúde, 2013

SHARMA, A. M. et, al.. High prevalence and poor control of hypertension in primary care: cross-sectional study. **J. HYPERTENSION USA**, v. 22, n. 3, p. 479-486, 2004

SILVA, J.P. **Desafios para á Saúde Coletiva do Século XXI**. EDUFBA. Bahia. 2006, 154p. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/7078/1/Paim%20J.%20Desafio%20da%20Saude%20Coletiva.pdf>. Acesso em maio 2016.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE. **Aderência ao tratamento medicamentoso**. Projeto diretrizes. 2009.

. SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA/SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO/SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras De Hipertensão **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, n. 95, Supl: 1, p. 1-51, 2010.

VASCONCELOS, H. C. A. *et al*. Fatores de Risco para Diabetes Mellitus tipo 2 entre Adolescentes. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, v. 44, n. 4, p. 881-887, 2009.